Edgar T. Cyriax

INSTITUT OPHTALMIQUE *PRINCESSE ALICE*

MONACO

CONTRIBUTION

A LA

KINÉSITHÉRAPIE OCULAIRE

PAR

le Docteur Joseph LAVAGNA

Médecin Directeur de l'Institut



IMPRIMERIE DE MONACO

PLACE DE LA VISITATION

1899



INSTITUT OPHTALMIQUE *PRINCESSE ALICE*

MONACO

CONTRIBUTION

A LA

KINÉSITHÉRAPIE OCULAIRE

PAR

le Docteur Joseph LAVAGNA

Médecin Directeur de l'Institut



IMPRIMERIE DE MONACO

PLACE DE LA VISITATION

1899

INSTITUT OPHTALMIQUE *PRINCESSE ALICE*

MONACO

CONTRIBUTION A LA KINÉSITHÉRAPIE OCULAIRE

PAR

le Docteur Joseph LAVAGNA

LA VIBROTHÉRAPIE

J'ai essayé la vibrothérapie dans certaines maladies des yeux.

Je me suis servi de l'appareil vibrateur de l'otologue Garnault, de Paris, qui a publié des travaux importants sur le massage en otologie et rhinologie.

Comme il est nécessaire de connaître la structure de l'appareil employé, j'emprunte la description suivante au Dr Garnault même.

L'appareil en question a toujours fonctionné d'une manière satisfaisante.

Cet instrument se compose essentiellement d'une petite machine de Gramme renfermée dans un étui de bois ; une lame de platine est enfilée très excentriquement sur l'axe de la bobine ; à chaque tour de la bobine, l'instrument tout entier et le bras de l'opérateur sont entraînés successivement en avant, latéralement à droite, en arrière, latéralement, à gauche et en avant. Par suite de l'excentricité de la lame mise en mouvement, il se produit ainsi simultanément des vibrations axiales et transversales, telles que l'on peut, après un long exercice, en exécuter avec le bras. Le manche qui renferme cette machine de Gramme peut être tenu à la main ; il est relié par une extrémité aux pôles d'une pile ou d'un accumulateur, et porte à l'autre

extrémité une des sondes ordinaires. Il ne se produit pas avec cet instrument des chocs brusques, les deux phases de la vibration double, l'aller et le retour, dans le sens axial et le sens transversal, sont aussi progressives que le peuvent être les vibrations manuelles ; ce sont des ondes non des chocs. L'instrument fournit simultanément, ainsi que le bras et peut-être mieux que le bras, des vibrations axiales et des vibrations transversales, ainsi qu'on peut s'en convaincre avec l'enregistreur, ou plus simplement au moyen d'un verre mince et vide sur lequel on applique légèrement la sonde par son extrémité. Si on l'applique latéralement, on constate également l'existence des vibrations. Elles sont d'ailleurs parfaitement sensibles à l'œil. La lame excentrique est en platine ; on a ainsi sous un petit volume une masse mobile suffisante pour déterminer des vibrations assez intenses, aux vitesses que peut atteindre l'instrument. Dans les conditions où il a été construit, l'instrument marche avec un courant de 4 à 6 volts et sa consommation est insignifiante. Lorsqu'il est en bonne marche moyenne, il produit 1,500 à 1,600 vibrations ou tours par minute ; il peut aller sans trop chauffer jusqu'à 2,000. Un interrupteur permet d'arrêter ou de mettre en marche le vibrateur au gré de l'opérateur.

Le *massage vibratoire* excellent dans les atonies muqueuses ainsi que musculaires, a été par moi employé surtout *dans la paralysie et la parésie périphériques des muscles oculomoteurs.*

La pratique en est relativement facile, le mouvement très rapide et doux du vibrateur est tellement bien supporté par le malade qu'il n'est même pas nécessaire d'instiller la solution de cocaïne.

Après avoir légèrement soulevé la paupière supérieure et abaissé l'inférieure, selon le cas, j'applique la sonde à disque plat terminal et bien désinfecté du vibrateur sur la conjonctive bulbaire dans la région du muscle affecté et je passe la sonde vibrante au mouvement très doux et dans le sens de l'avant à l'arrière sur les fibres musculaires. La séance d'une durée de 5 à 7 minutes est répétée une ou deux fois par jour, selon le cas. Seulement, après quelques jours de cet exercice, le malade s'étant familiarisé avec l'usage de l'instrument, je fais pénétrer avec un pli de la conjonctive bulbaire le disque tremblant dans les sens des fibres postérieures du faisceau musculaire ; j'obtiens ainsi un massage direct bien plus profond et plus actif.

PREMIÈRE OBSERVATION

Paralysie des Nerfs
3me et 6me paires, d'origine périférique (Rhumatismale)

Le nommé R..., âgé de 46 ans, architecte à M..., s'est présenté chez moi dans les premiers jours de l'année 1896; d'une constitution forte et saine. Le père mort à l'âge de 78 ans, était toujours sain et sobre; la mère, vivant encore et d'une santé parfaite, est âgée de 82 ans. La famille se composait en outre de 4 frères tous également forts et sains. Une sœur est décédée, à l'âge de 20 ans, d'une pleurésie.

Le malade est sobre dans l'usage du tabac et du vin, il n'a jamais été, en outre, atteint de syphilis.

Il y a presque une année, il se réveilla un matin avec la paupière supérieure de l'œil droit baissée; s'il cherchait à ouvrir les deux yeux, il voyait les objets dédoublés, il présentait du vertige lorsqu'il tentait de regarder avec l'œil malade.

Il fut soigné à Nice mais sans résultat.

Examen Objectif. — Le sourcil droit est relevé en proportion du gauche avec un aspect d'un C renversé avec la concavité comme s'il obligeait les muscles frontaux à chercher d'ouvrir l'œil droit.

La paupière supérieure de cet œil est tellement abaissée qu'elle laisse à peine apparaître le quart inférieur de la cornée. En la relevant à l'aide des doigts on note tout de suite le regard tourné en bas et l'œil se trouvant dans l'impossibilité de regarder devant lui, à côté et en haut.

Le bulbe conserve à peine un petit mouvement de latéralité en bas.

(Voir à la page 9, figure A, le diagramme des champs de regard à mon premier examen.)

O. G. V. = 20/20 hyp. 1,25. O. D. V. $\frac{20}{70}$ hyp. 2.

Le champ visuel est normal à l'œil gauche; l'on se trouve dans l'impossibilité de mesurer l'œil droit.

Avec l'œil droit ouvert il y a vision double, excepté naturellement, quand les deux yeux regardent en bas dans le domaine du champ de l'œil droit.

Mon premier traitement a été de faire suivre au malade une cure antirhumatismale, ensuite j'ai fait des applications de courant faradique sur la partie malade.

Après quelques jours de ce traitement, n'obtenant pas le résultat désiré, j'essayai le massage des muscles paralysés, selon la méthode énoncée plus haut.

Pendant dix jours je fis deux applications par jour, et à moitié de la cure j'obtins une amélioration notable du champ visuel.

A ce moment la vision double se maintient seulement quand l'œil gauche regarde en dehors du champ de regard de l'œil droit.

Le malade dans l'exercice de sa profession d'architecte était pris de vertige en surveillant ses travaux. Cependant lorsqu'il ne regardait pas en haut, il pouvait très bien tenir les deux yeux ouverts sans ressentir le vertige. Il se plaignait surtout lorsqu'il était indisposé de corps ou d'esprit et quand le temps était mauvais.

Nous avons insisté alors avec le même traitement quotidien de massage vibratoire, avec l'appareil du docteur Garnault, sur le muscle orbiculaire et sur les muscles oculomoteurs paralysés, ceci pendant une quinzaine de jours et journellement cet exercice est fait régulièrement. Ce délai passé le traitement est suivi alors chaque deux jours pendant quelque temps encore.

(Voir à la page 9, figure B, le diagramme après quinze jours de traitement.)

Cet exercice terminé et après dix jours de repos ordonné au malade, j'ai consulté une nouvelle fois le champ de regard du malade qui paraît normal.

(Voir à la page 9, figure C, le diagramme du champ de regard à traitement accompli.)

Le vertige disparut en même temps que la vision double et le ptosis guérissait complètement.

J'ai eu le plaisir de voir mon malade il y a quelques jours et avec satisfaction j'ai remarqué qu'il ne portait même plus aucune trace de sa maladie.

DEUXIÈME OBSERVATION

Paralysie du nerf oculomoteur externe

Mme B... de Chalons, rentière, âgée de 40 ans, d'un père et d'une mère en très bonne santé et vivants encore, n'a jamais eu aucune maladie en dehors d'un fibrome de l'utérus.

Après son mariage, il y a environ dix ans, elle présenta tous les caractères d'une syphilis acquise du mari. A la suite de cette maladie elle fut sujette aux phénomènes caractéristiques de ce mal, c'est-à-dire, plaques muqueuses à la gorge, taches au front et à la poitrine, chute de cheveux, etc.

Elle fut soignée par le médecin de la famille qui n'informa jamais la malade de son affection.

La malade dit n'avoir été soignée qu'imparfaitement par ce docteur et pour une courte durée. Il y a un an elle eut une perforation du palais reconnue d'origine syphilitique.

Un mois avant de me consulter, pour la première fois elle s'aperçut un matin en se levant, de sa vision double et trouble ne pouvant

rester sur pied à cause du vertige. Un médecin appelé à cet effet lui ordonna un traitement énergique anti-syphilitique qui ne produisit aucun effet sur la vue. La visitant à mon tour, j'ai reconnu cette dame atteinte de paralysie du nerf oculomoteur externe de l'œil gauche et rétinite aux deux yeux d'origine syphilitique.

O. D. V. = 20/50 faible M. 4 — O. G. V. 20/70 M. 4.

Champ visuel étroit pour le blanc comme pour les couleurs.

(Voir le diagramme du champ de regard avant le traitement (A) et après (B) à la page 10.)

A l'examen ophtalmoscopique on voit des dépôts d'exudat rétiniens et une infiltration nébuleuse du corps vitré, c'est-à-dire une véritable choriorétinite syphilitique.

J'ai insisté sur le traitement mercuriel et ioduré pour l'intérieur et commencé tout de suite le massage vibratoire du muscle droit extérieur.

Après un mois précis de cette cure j'ai pu reconnaître la complète guérison de la paralysie de l'oculomoteur de l'œil gauche.

O. D. V. = $\frac{20}{30}$ M. 3. — O. G. V. 20/30 faible M. 3.

Malgré cette guérison il restait une espèce de strabisme convergent et fonctionnel, que je fis disparaître avec l'exercice quotidien d'une heure et pendant un mois consécutif, avec l'aide du stéréoscope Reymond.

Ces deux cas datent de presque trois ans, et, depuis cette époque, trois nouvelles observations sont venues se joindre à celles-ci. Les guérisons se maintiennent complètes.

Tous ces cas ont donné de si bons résultats par le nouveau traitement consistant en le massage vibratoire des muscles oculomoteurs paralysés, que je ne puis m'empêcher d'en parler avec satisfaction.

GYMNASTIQUE DES MUSCLES OCULOMOTEURS

J'ai pu réussir, à l'aide d'un procédé kinésithérapique différent, à améliorer d'une manière considérable, un cas de nystagmus congénital. Je le relate ici en raison du caractère d'incurabilité que revêt d'ordinaire cette affection soignée au moyen des méthodes ordinaires de traitement.

Le mouvement oscillatoire rhytmique involontaire des yeux peut quelquefois se présenter à nous sous forme congénitale. C'est alors

presque toujours le nystagmus lié à une forte amblyopie d'amétropie ou à des lésions du fond oculaire qui n'a aucune ressemblance avec la forme acquise comme celle des mineurs, très bien étudiée par Nieden ou par lésions centrales comme Raehlmann, Charcot, etc., le reconnurent.

Je veux seulement m'occuper du traitement suivi jusqu'à présent dans le cas de nystagmus congénital, qui, ne présente que de très rares cas de guérison. Aussi bien Bohem que Javal assurent en avoir eu avec l'opération de la ténotomie dans les cas compliqués de strabisme et quelquefois sans cette particularité, mais qui présentaient un cas plus marqué de spasme clonique dans le domaine d'un muscle. Toutefois, ni cette cure, ni l'électricité galvanique, ni les injections de strychnine même, n'empêchèrent Fuchs, De Wecker et Landolt, dans leurs traités, de reconnaître l'incurabilité du nystagmus congénital.

J'ai pensé que la courte description d'un cas très marqué de nystagmus dans lequel, en employant une espèce de kinésithérapie oculaire, j'ai pu voir mes efforts couronnés de succès pourrait intéresser.

P. M. âgé de 10 ans à peine, d'un père possédant une parfaite santé, et trois frères qui ne présentaient rien d'anormal. La mère, il y a quelques années, mourut d'une maladie de poitrine. Les parents de l'enfant s'aperçurent, dès la première année de son affection, du continuel mouvement des yeux et de son impossibilité absolue de fixer, ainsi que d'un mouvement de tête continuel et anormal. Depuis cette époque, le nystagmus n'a jamais cessé ainsi que les mouvements de tête.

Plusieurs oculistes français et italiens qui visitèrent l'enfant se limitèrent à conseiller les toniques, le repos. Un d'entre eux chercha à corriger l'hypermétropie en conseillant des verres sphériques positifs. Mais la correction ne fut absolument pas acceptée par l'enfant. Le 25 janvier 1896, je reconnus chez le malade un nystagmus horizontal, binoculaire, continuel, très marqué.

En fixant la pupille au centre du strabomètre de Laurence, la moyenne du déplacement latéral apparent est de près de 5 millimètres.

Surtout quand le malade voulait fixer, ou se sentait observé, le nystagmus augmentait encore bien plus ; l'on pouvait vérifier alors une espèce de strabisme convergent alternatif, facultatif, qu'on ne remarquait pas quand il était au repos. Le nystagmus est accompagné de mouvements de tête qui ne lui sont pas toujours apposés et synchrones, ainsi que de spasme clonique du muscle orbiculaire.

L'enfant est daltonique pour toutes les couleurs. Il ne s'aperçoit d'aucun mouvement des objets qu'il fixe.

L'acuité visuelle est assez réduite de la normale.

V. O. D. = 1/10 E. A. V. O. G. = 1/20 E. A.

Un examen attentif du système nerveux fait par l'éminent névrologiste Dr Guimbail ne donna rien à signaler; cependant il trouva utile de conseiller des applications électrostatiques qui servirent à améliorer les conditions générales de l'enfant.

L'examen ophtalmoscopique, qui est fatigant et incertain, ne fait pas voir des lésions endoculaires, mais donne seulement une hypermétropie d'une dioptrie ou une et demie aux deux yeux. Mais l'enfant, assez intelligent, assure que le plus léger verre sphérique lui fait diminuer la vue.

Il est absolument impossible de déterminer l'astigmatisme cornéen. La rotation des yeux apparaît normale dans tous les sens.

Je ne pus obtenir aucune amélioration en cherchant à corriger avec des verres soit cylindriques, soit sphériques, même à cause de l'impossibilité qu'a l'enfant de fixer.

J'ai essayé alors une série de diaphragmes au devant de chaque œil, afin de l'obliger de chercher de voir au travers. De cette expérience, j'obtins la vue du mouvement apparent des objets qu'il cherchait à voir.

Après quelques expériences, je réussis à obtenir avec des figures grossières, à cause de son amblyopie forte, l'image binoculaire du stéréoscope.

Je l'obtenais mieux et plus nette si j'obligeais le patient à regarder dans le stéréoscope du professeur Reymond que dans le simple; et je l'obtenais encore mieux, quand il portait les diaphragmes du diamètre 2mm 1/2 que quand il ne les avait pas. Je fis porter régulièrement à l'enfant pour quelques demi-heures chaque jour, et sans interruption les diaphragmes, tout en l'obligeant à faire des exercices quotidiens au stéréoscope Raymond, d'une durée d'une heure.

Le mouvement apparent des objets vus au travers des diaphragmes disparut après une quinzaine de jours. L'enfant commençait à distinguer pour quelques instants ce mouvement apparent à peine les diaphragmes enlevés. On remarquait une grande fixité de l'œil au dessous des diaphragmes et la disparition aussi du mouvement de la tête quand il les portait.

Vers la fin de février, ce mouvement de tête disparaissait complètement, même sans les diaphragmes, le mouvement oscillatoire des yeux au strabomètre de Laurence etait réduit de moitié.

O. D. V. = 2/10 E. A. O. G. V. = 1 /10 E. A.

Après un mois de cet exercice quotidien, j'ai obtenu la disparition complète du mouvement de la tête, et le nystagmus disparaissait également si on permettait à l'enfant de regarder au travers des paupières, légèrement ouvertes de façon que le muscle orbiculaire aide à donner une certaine fixité aux bulbes. Quand les paupières étaient bien ouvertes, il se manifestait encore un faible nystagmus momentané. Autant que j'ai pu déterminer l'astigmatisme cornéen avec l'appareil de Javal et Schiötz, qui demande une immobilité absolue de l'œil, à l'œil droit, j'ai rencontré un astigmatisme cornéen d'une dioptrie et demie et de trois dioptries à l'œil gauche.

La correction tentée selon les données de l'ophtalmomètre a donné tout de suite une amélioration assez notable, portant le visus à 2/7 aux deux yeux.

Actuellement l'enfant ne présente plus le nystagmus, même quand il se sent observé ou s'il est sous l'impression d'une émotion quelconque ; il est parfaitement guéri.

Le visus sans corrections est de 2/7.

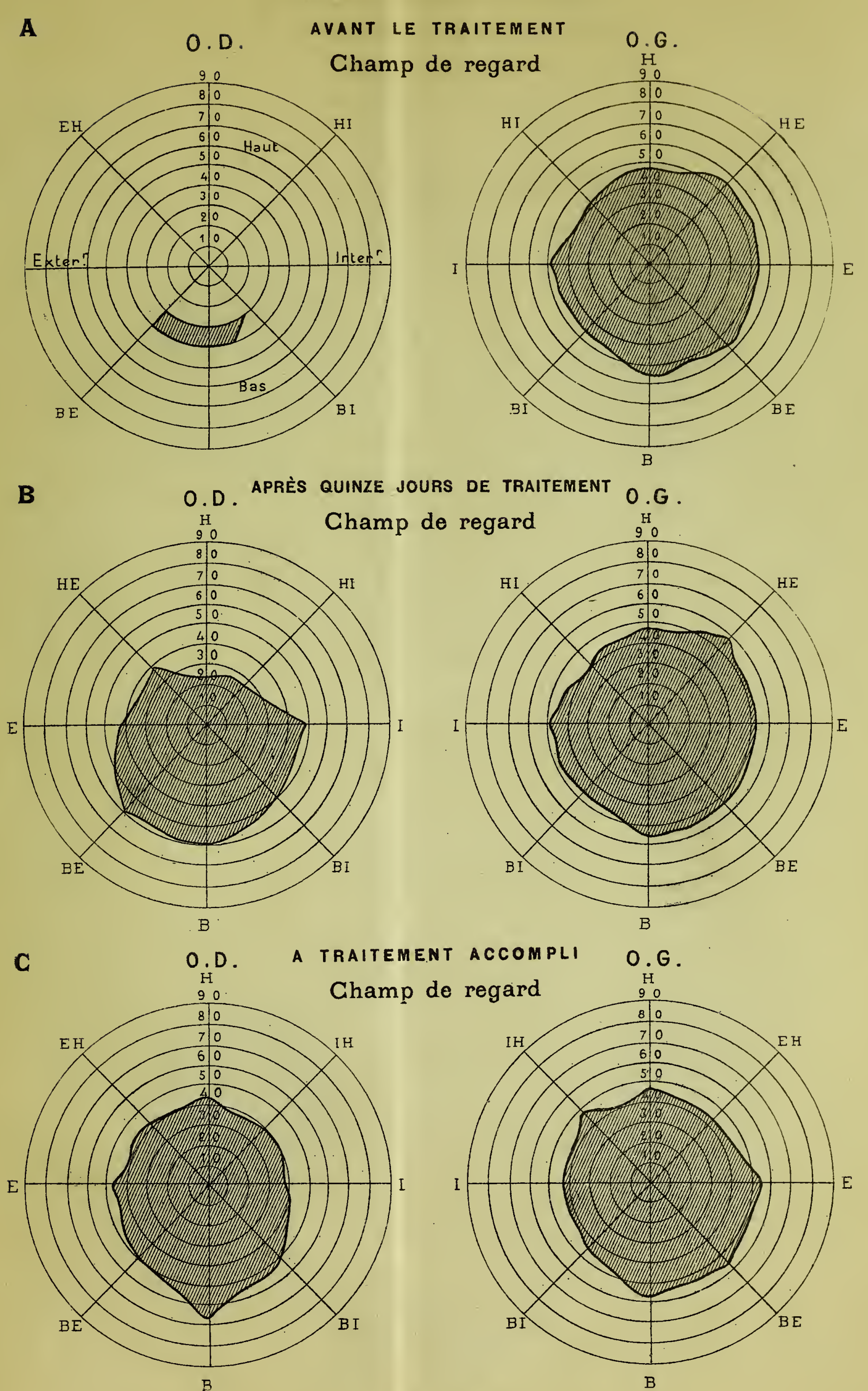
Les résultats obtenus à la suite de cette cure patiente et longue ont dépassé de beaucoup ce que l'on pouvait attendre.

Aussi ai-je pensé qu'il n'était pas superflu de la noter comme un succès, reconnu dernièrement par mon maître, le professeur Reymond, de Turin, qui a bien voulu étudier le malade et essayer le même traitement dans un cas pareil et avec un résultat égal, que lui-même a bien voulu me présenter il y a quelques jours.

Monaco, le 25 Juin 1899.



PREMIÈRE OBSERVATION

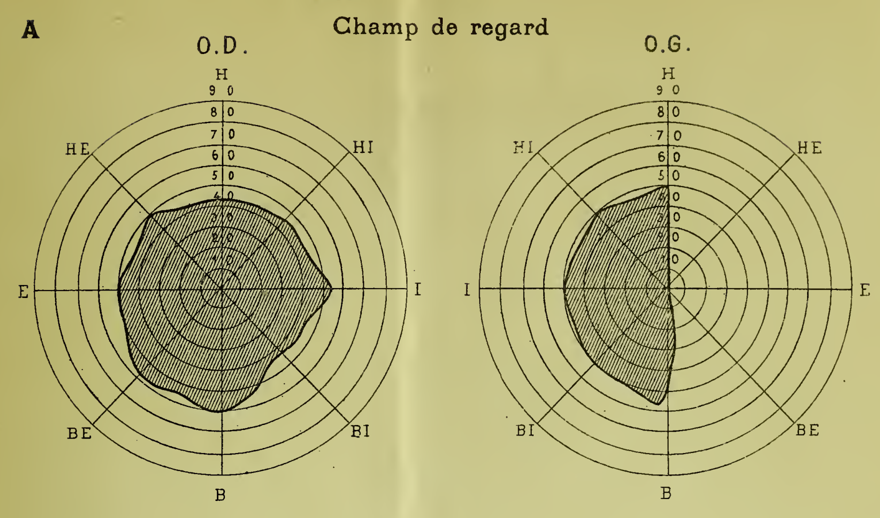


SECONDE OBSERVATION

AVANT LE TRAITEMENT

A

Champ de regard



B

APRÈS LE TRAITEMENT

Champ de regard

O.D.
H
90
80
70
60
50
40
30
20
10
HE
HI
E
I
EB
BI
B

O.G.
H
90
80
70
60
50
40
30
20
10
HI
HE
E
I
BI
EB
B